

104  
2ej

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Materiales de Sutura Periodontal y Apósitos  
Quirúrgicos.

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A

María de Lourdes Verduzco Aguilar

Asesor: Josefina Terriquez

GUADALAJARA, JAL.,

AGOSTO 1985



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	3
I. MATERIALES ACTUALES DE SUTURA.....	4
A) Objetivos de las Suturas.....	4
B) Materiales Actuales de Sutura.....	6
C) Materiales de Sutura Absorbibles.....	6
D) Materiales de Sutura Monofilamentosa no Absorbibles ...	9
E) Materiales de Sutura Multifilamentosa no Absorbibles ..	11
II. LA SEDÁ; MATERIAL DE MAYOR USO EN PERIODONCIA.....	13
A) Ventajas.....	13
B) Desventajas.....	15
C) Usos.....	16
III. TECNICAS DE SUTURA EN PERIODONCIA.....	19
A) Ligadura Interdentaria.....	21
B) Ligadura Suspensoria.....	25
C) Sutura Vertical de Colchonero.....	25
IV. APOSITOS QUIRURGICOS.....	31
A) Objetivos de los Apósitos.....	32
B) Apósitos a Base de Oxido de Cinc y Eugenol.....	36
C) Apósitos a Base de Oxido de Cinc sin Eugenol.....	38
D) Colocación del Cemento Quirúrgico.....	39
CONCLUSIONES.....	43
CASUISTICA.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	55

## INTRODUCCION

Una buena cirugía periodontal de colgajo depende de la colocación precisa de éste, si no es colocado en su posición correcta, todo el procedimiento puede resultar un fracaso; por lo tanto, la selección del material de sutura y de la técnica de sutura es una decisión muy importante para el cirujano dental.

En esta tesis se pretende estudiar las características de los materiales de sutura periodontales y apósitos quirúrgicos actuales. Daremos a conocer una clasificación detallada de estos apósitos y suturas, así como también hablaremos de sus ventajas y desventajas, usos y objetivos, para que el Odontólogo, una vez conociendo las propiedades de cada material, pueda valorar y elegir en cada situación el material a apropiado para ello y las técnicas de sutura más indicadas.

## I. MATERIALES ACTUALES DE SUTURA

### A) Objetivos de las Suturas

"El colgajo debe volver a cubrir el tejido óseo, ya sea ocupando la misma posición que tenía o desplazado apicalmente. Es de gran importancia la aproximación de los bordes del colgajo y su adosamiento a los tejidos subyacentes se consigue así la cicatrización de primera intención y se reduce el tamaño de la herida, por ello debe hacerse una correcta sutura y luego presionar sobre el colgajo durante unos minutos" (2).

Es por eso que "la adaptación del colgajo debe probarse antes de suturar, no hay que tratar de fraccionar el colgajo más allá de su posición natural con suturas apretadas, porque éstas trabajarán entonces a través del colgajo y, además de la tensión del colgajo, interferirán en el suministro sanguíneo, que es fundamental para una cicatrización óptima" (16), sin embargo, "los tejidos interdentarios aproximados durante los procedimientos regenerativos deben ser adaptados íntimamente sobre el defecto, aunque sin comprometer el riego sanguíneo colocando tensión excesiva en los mismos" (6).

"Características de una Sutura Ideal:

1. La sutura puede ser utilizada en cualquier operación - la única variable es el calibre, que depende de su resistencia a la tensión.
2. Puede manejarse con comodidad y naturalidad durante el procedimiento.

3. Cualquier reacción tisular a la sutura deberá ser mínima y no crear una situación favorable para la proliferación de bacterias.
4. Alta resistencia al romperse, en materiales de calibre pequeño.
5. Seguridad y firmeza del nudo sin deslizarse ni lesionar los tejidos" (3).

"Otras características de una sutura ideal:

- Facilidad para esterilizar el material
- Que no se encaje dentro de los tejidos
- La sutura deberá ser no alergénica y no carcinogénica
- El material de sutura deberá ser absorbido con mínima reacción tisular una vez cumplida su función
- Además, el material deberá poseer la característica de no cortar ni desgarrar los tejidos" (3).

"Los hilos y sutura y las ligaduras de los vasos quedan en el interior como cuerpos extraños que inducen una reacción inflamatoria; el grado de esta reacción decrece en los materiales más utilizados en el siguiente orden: catgut simple, catgut cromico, algodón o seda, nylon y otro material sintético, tantaló y acero" (14).

Es por eso que "las complicaciones de las suturas pueden reducirse al mínimo con la adecuada selección del material y pericia de su empleo en cada región operatoria" (1).

## B) Materiales Actuales de Sutura

"En general, la sutura empleada debe ser tal que ocasione la menor reacción orgánica posible al cuerpo extraño y que mantenga la fuerza tensil para la aproximación de los tejidos" (1). "El calibre o tamaño de la sutura empleada, de cualquier material, es cuestión de preferencia personal, así como de los requisitos del cierre. Evidentemente algunos tejidos son gruesos y burdos, por lo que deberán ser fijados con cierta tensión; otros están constituidos por mucosas delgadas y delicadas, que deberán ser adaptadas sin tensión alguna" (18).

"El material a usar dentro de la cavidad bucal está sujeto a humedad constante y a la acción de microorganismos - que habitan allí, por lo tanto, debe producir la menor reacción y resistir a todo proceso infeccioso" (10).

"Selección para los Materiales de Sutura:

Para la sutura de los planos profundos, se espera que mantengan ellas los tejidos durante la cicatrización y luego se absorban, por lo tanto, un material que de la menor reacción tisular, mantenga una correcta tensión de los nudos y se reabsorba en los tejidos en un tiempo determinado, es de gran utilidad" (10)'

## C) Materiales de Sutura Absorbibles

Entre estos materiales de sutura se encuentran la sutura de colgágeno, el catgut simple y crómico y el ácido poliglicólico.

### Colágeno

"El material de sutura de colágeno, tanto simple, como crómico, se hace del tendón flexor de reses, mediante un proceso especial. El tipo crómico está cubierto por sales crómicas pero son difíciles de manejar y tiene pocas aplicaciones en la cirugía periodontal" (3).

"La sutura de colágeno se emplea en zonas inaccesibles, tales como la porción profunda del fondo de saco vestibular. Cuando se emplea una sutura a base de fibras en estas zonas inaccesibles, su eliminación resulta muy difícil en ocasiones y con frecuencia las suturas se pasan por alto permaneciendo para ser extraídas después de provocar necrosis" (18). Aunque "es necesario recordar que las suturas de colágeno son las más irritantes y las que más provocan reacción de células gigantes y la retención prolongada es importante. Su uso está indicado en cierre normal, o sea, en pacientes que no puedan regresar para poder manejarlos en la forma habitual" (18).

### Catgut

"Catgut simple, con frecuencia llamado intestino de gato, no proviene de un gato, sino que está hecho de intestinos de ovejas y otros animales. La submucosa se separa de las capas internas y externas y se convierte en tiras que son estriadas y torcidas; el catgut de mayor tamaño tiene más tiras. Es secado bajo tensión, pulido, calibrado, cortado hasta que alcanza longitudes utilizables, esterilizado y empacado" (3).



"El catgut simple es empleado por los periodontistas cuando no desean retirar las suturas, sin embargo, la mayor parte piensa que es demasiado difícil de manipular y anudar y que las propiedades de fijación de los nudos son bastante malas" (3). Además, "los nudos de catgut simple tienden a endurecerse, pudiendo causar lesiones a las mucosas de la boca adyacentes. Aunque la inflamación suele ser breve alrededor del catgut simple, sí existe una reacción franca cuando se absorbe la sutura. La predicción sobre el tiempo de retención no puede ser precisa porque el catgut no siempre se hidroliza a una tasa constante y uniforme en todo el material, no suele permanecer intacto más de cinco días" (3).

El "catgut crómico es catgut simple con sales crómicas depositadas en su superficie externa y a veces en toda la sutura. No es muy bueno para cirugía periodontal. Es rígido, difícil de manejar y anudar y no se reabsorbe con rapidez" (3).

#### Acido Poliglicólico

El "ácido poliglicólico es un poliéster de alto peso molecular, que primero es licuado y extendido para formar filamentos, después, éstos se retiran y trenzan para que alcancen diferentes diámetros. No son de gran utilidad como material absorbible en los procedimientos periodontales, ya que su absorción mínima comienza a los 15 días después de su colocación, además, no es fácil de manejar, y el anudamiento requiere experiencia" (3). "Con la aparición de PGA (Acido Poliglicólico), fueron hechos muchos estudios y los resultados fueron: con respecto a la ten--

sión del catgut simple lo pierde entre el tercer y el quinto día, el ácido poliglicólico lo pierde entre el catorce y el veintiun día, y el catgut cromado entre el catorce y el sesenta día. Con respecto a la seguridad, el catgut simple y cromado perdían la seguridad del nudo en presencia de líquidos corporales y tenían marcada tendencia a desnudarse, aún habiendo tres nudos, en cambio la sutura de ácido poliglicólico no deslizaban sus nudos" (10).

Entre los materiales de sutura absorbibles y en los que - "se desea obtener una buena sutura pero por pocos días, - que no deba ser extraída, el catgut simple es de elección" (10).

#### D) Materiales de Sutura Monofilamentosa No Absorbibles

"El Dentista que ejerce la periodoncia deberá conocer algunos de los datos pertinentes antes de seleccionar un material de sutura para un procedimiento específico.

"En los estudios estudios sobre reacciones tisulares, las suturas de monofilamento dan mejores resultados cuando se las compara con materiales trenzados (seda o algunos sintéticos) que son más flexibles que los de monofilamento - aunque la trenza tiende a juntar bacterias" (3). "Si se emplea material sintético, se recomienda el de tipo retorcido sobre el medio de monofilamento, ya que este último es muy difícil de atar y no mantiene bien el nudo, sin embargo, el material retorcido (como el ácido poliglicólico), siempre será más irritante que las suturas sintéticas monofilamentosas" (16).

"Las características de retención de nudos son muy importantes en una sutura. Algunos de los materiales de monofilamento son tan lisos y resbalosos que resultan difíciles de anudar.

"La resistencia a la tensión suele ser estandarizada en términos tales como 2-0, 3-0, 4-0 y 5-0, aunque ésto no corresponde a los diferentes materiales de sutura, por ejemplo la sutura de seda 4-0 no ofrece la misma resistencia a la tensión que el catgut quirúrgico 4-0" (3).

"Dacrón: Este material resulta costoso por lo que no es necesario para las suturas habituales, sin embargo, resulta conveniente usarlo o emplearlo para el cierre de un colgajo en el que se intenten realizar procedimientos inductivos tales como una nueva inserción, así como inger-tos autógenos de diverso tipo para ayudar a evitar la infección y proporcionar óptimas condiciones para el resultado exitoso" (18).

Además, "el dacrón impregnado de teflón proporciona una gran ventaja sobre la seda, ya que resulta totalmente inerte dentro de los tejidos por los que atravieza. Se comporta como monofilamento debido a que los intersticios de la fibra se encuentran llenos de teflón, permite sólo una capilaridad mínima y resulta blando y fácilmente manejable. Es susceptible a resbalar, salvo que sea anudado cuidadosamente" (18).

El "acero quirúrgico es una aleación a base de hierro, níquel y cromo, que presenta gran resistencia a la tensión, y poca reacción a los tejidos, sin embargo, el alambre de

monofilamento se emplea poco en periodoncia porque es difícil de manejar y puede cortar los tejidos vecinos" (3).

"Los materiales para sutura de nylon se hacen con un polímero de poliamida, se emplean mucho en medicina, producen poca reacción tisular y no fomentan el desarrollo de bacterias. El nylon no suele recomendarse para cierre de colgajos bucales ni retención de colgajos, ya que los nudos tienden a deslizarse y deshacerse, además, puede cortar los tejidos si inadvertidamente se aplican fuerzas inadecuadas" (3).

"Los materiales de sutura hechos con propileno polimerizado en un hilo monofilamentoso son algunos de los más inertes en la actualidad, conservando su resistencia a la tensión in vivo durante años.

"El propileno es resistente y terso, aunque no muy suave. Se caracteriza por ser resbaloso, es indeseable en periodoncia. La hechura de nudos requiere de la técnica que se aplica en las suturas sintéticas de anudamientos planos y cuadrados, además, a veces se necesitan anudamientos adicionales" (3).

#### E) Materiales de Sutura Multifilamentosa No Absorbibles

"El material de sutura no absorbible posee resistencia a la tensión uniforme, húmeda o seca, lo que se presta bien para la técnica de hacer nudos con instrumentos" (10).

Entre estos materiales se encuentran el poliéster, el algodón y el lino.

"Poliéster. Los plásticos trenzados, casi siempre dacrón se emplea en las suturas de poliéster que son bien toleradas y presenta una superficie tersa. La hechura de los nudos requiere de la misma técnica que los sintéticos, recientemente estas suturas han sido producidas con una capa biológica inerte de polibutilato, cuyo objetivo es mejorar las características de manipulación y su pado a través de los tejidos" (3).

El "algodón y lino no suelen usarse en periodoncia, aunque aumenta su resistencia al humedecerse, el algodón es aún demasiado débil como material para sutura, las fibras tienden a separarse de la proción principal. El lino se emplea en cirugía gastrointestinal, pero el cirujano dental puede conseguir mejores materiales" (3).

## II. LA SEDA; MATERIAL DE MAYOR USO EN PERIODONCIA

Se ha reservado a la seda un capítulo especial ya que, debido a las ventajas que ofrece al Odontólogo, es el material, por decirlo así, de primera elección en la cirugía periodontal.

### A) Ventajas

"La seda es un filamento continuo de proteína elaborada por diversos gusanos, especialmente de la especie Bombik, que suele teñirse de una capa de cera o resina.

"Las pequeñas fibras son enrolladas o trenzadas para producir una sutura de calibre y resistencia deseadas" (5).

"La seda es la sutura no absorbible que mejor ha resistido la prueba del tiempo y sigue siendo el material de mayor uso en periodoncia. No obstante de los avances de los sintéticos en la última década, se emplea casi sistemáticamente en todas las intervenciones dentales" (3).

"La seda trenzada es el material de sutura estándar, presenta algunas ventajas ya que su manipulación es la que mejor puede ligarse y permanece atada con seguridad utilizando el nudo de cirujano (nudo cuadrado), es ajustable con un nudo corredizo de tal maenra que puede hacerse una colocación precisa de colgajo y generalmente está bien adaptada al cierre de heridas periodontales" (18).

"El material de sutura no absrobible posee resistencia a la tensión uniforme, seça o húmeda, lo que se presta bien

para la técnica de hacer nudos con instrumentos. Siendo negras las puntadas son más fáciles de ver cuando el paciente regresa para su retiro" (4). Además, "la seda no es tan voluminosa que le resulte molesta al paciente ni los nudos que se hacen con ella resultan demasiado grandes. El trenzado tiende a impedir que el hilo se tuerza y se enrede durante el procedimiento de sutura" (4).

"La seda, por su magnífica propiedad de mantener los nudos, en el material preferido para las suturas en las mucosas.

"La seda es el material de elección para curas con suturas por encima" (9).

Otras de las ventajas que tienen "los materiales de sutura trenzados o enrollados tienen acción capilar, que tiende a drenar secreciones bucales dentro de los tejidos y, si no han sido cuidadosamente preparados y manejados, estos espacios entre cabos trenzados o enrollados pueden albergar bacterias" (4).

"La seda negra de sutura de tamaño 4-0 y 5-0 se usa para cerrar algunos tipos de incisiones cutáneas. El número creciente de ceros en el tamaño del material de sutura, indica un diámetro decreciente" (4).

"La seda negra trenzada de tamaño 3-0, es bastante satisfactoria, en trabajo intrabucales. El diámetro 3-0 hace que sea suficientemente fuerte para no romperse al estar suturando" (4). "Se prefiere la sutura de seda negra a los materiales plásticos, porque es fácil de atar y fácil de ver" (16).

"La seda siliconada representa un gran adelanto, porque es impermeable, dúctil y no produce reacción tisular" (19).

## B) Desventajas

"La seda como es trenzada, presenta una importante desventaja: la capilaridad permite que los líquidos de la cavidad bucal penetren en la herida; en realidad, ayuda a estos líquidos y a la contaminación que los acompaña a que penetren a través de los agujet<sup>o</sup>s de las suturas hacia las partes más profundas de la herida, bajo el colgajo" (10).

"Limitaciones o desventajas de la seda:

"Como es una proteína extraña, es tratada por la herida como un cuerpo extraño. Su trenzado burdo tiene el potencial de incorporar bacterias y provocar infecciones" (3). Otras "limitaciones o desventajas de la seda: no es tan resistente como algunos de los materiales sintéticos y tiende a fragmentarse dentro de la herida" (3). La seda "tiene la desventaja de actuar como una mecha, proveyendo una entrada para las bacterias y los productos bacterianos al interior de los tejidos. Tal contaminación puede contrarrestarse con el uso de antibióticos típicos" (16).

"En los tejidos la seda pierde lentamente su resistencia. Una vez superada la primera reacción, la sutura de seda suele permanecer compacta" (3).

"Cuando surge infección en una herida limpia, suturada -



con puntos interrumpidos de seda, deben exteriorisarse o quitarse las suturas, ya que actúan como foco de infección" (5).

"La seda se manipula cómodamente y el nudo se conserva bien.

"Si consideramos calibres iguales, la seda no es tan fuerte como el catgut, y es también más débil que las suturas sintéticas pero algo más fuerte que el algodón" (5).

### C) Usos

"Las suturas de seda se tensan para mantener el colgajo mucoperiostico adosado al hueso. Esto disminuye el tamaño de la herida con lo cual se acelera la reparación, reduce al mínimo la posibilidad de una hemorragia posoperatoria y el dolor y crea una encía marginal fina" (15).

"El cirujano dentista utiliza muchos materiales de sutura; el más usado para cerrar incisiones intrabucales es el hilo de seda negra, de tamaño apropiado. El hilo de seda negro llena todos los requisitos de la sutura intra-bucal, su color se distingue facilmente y no es caro" (12).

"La sutura de mucosa debe establecer una superficie de cierre lisa, eliminando superficies ásperas mediante contacto borde a borde" (4).

"La posición meticulosa de los bordes de la herida es im-

portante para la hemostasia y para reducir la herida que se ha de reparar" (15).

"Esta indicada la seda negra para suturar en operaciones de colgajo, en bolsas tuortosas, bolsas infraóseas, abscesos crónicos con bolsas profundas, osteotomías y osteoplastías y plastias" (17).

"La hemostasia inadecuada permite la acumulación de sangre y suero, retrasando la curación al separar las superficies incididas, si se aproximan los bordes de la herida el proceso de reparación queda limitado a la hendidura que queda entre ambas superficies y la cicatrización se verifica por primera intención, si los bordes de la herida no coinciden, el defecto cura por segunda intención desde la base al exterior" (15).

"Los puntos de sutura se colocan para sostener los tejidos en posición no para tirar de ellos y llevarlos así a la posición deseada nunca deberán apretarse tanto los tejidos que se ejerza tensión excesiva sobre ellos, de lo contrario se saldrán de él con lo que se perderá el cierre deseado" (4).

"El nudo debe atarse con delicadeza para que se aproximen los tejidos y no produzca blanqueamiento cuando la segunda lazada se ponga en contacto con la primera, no se recomienda dar lazadas adicionales porque no siempre fortalecerán el nudo y la protuberancia adicional puede ejercer presión en los bordes de la herida, que sanaría tarde o dar lugar a que los puntos se safen desgarrando el tejido.

"Si ha habido sangrado del colgajo o del hueso, debe localizarse el origen y controlarlo antes de suturar" (4).

"En la exposición sobre colgajos e incisiones para reflejar tejido, se hizo hincapié en que las papilas interdentes no deberían amputarse o biseccionarse, porque deben quedar intactas para suturarlas en posición original" (4).

"Para la seda se utiliza una aguja de forma circular, debido al limitado espacio que hay en la boca.

"Se inserta y se tira de ella en línea con el círculo, el borde del tejido blando ha de quedar al mismo nivel que el borde óseo después de la sutura" (15).

"Una aguja con borde cortante de inversión ensartada con seda 3-0 es la mejor que puede usarse en los tejidos bucales. Los bordes de la herida deberán tomarse con pinzas de disección, de manera que la aguja pueda empujarse firmemente a través del tejido sin deformar ni desgarrar el colgajo. La aguja de sutura debe atravesar el tejido aproximadamente de 3 mm del borde de la herida, para proporcionar soporte suficiente cuando se haga el nudo" (4).

"Las suturas de seda deben cubrirse con un ungüento antibiótico y con el apósito quirúrgico, para evitar la infección a través de las suturas" (16).

### III. TECNICAS DE SUTURA EN PERIODONCIA

Una vez que el cirujano dentista ha elegido el material de sutura a utilizar en una cirugía, deberá escoger la técnica de sutura apropiada a cada intervención puesto que esto es más importante que el material de sutura ya que el manejo de los tejidos influye profundamente en la reacción de la herida y la cicatrización; si el operador lesiona mucho los tejidos, éstos no cicatrizarán bien, sin importar el material de sutura empleado o la forma en que se hizo y colocó el nudo. Es por esto que en este capítulo se describirán las técnicas de sutura más utilizadas en cirugía periodontal como la liga dura interdentaria, suspensoria y la sutura de colchonero.

"El colgajo debe volver a cubrir el tejido ya sea ocupando la misma posición que tenía o desplazado apicalmente de acuerdo con la finalidad para la que fué planeado y realizado" (2).

La aposición meticulosa de los bordes del tejido es importante para la hemostasia y para reducir el tamaño de la herida que se ha de reparar. La hemostasia inadecuada permite la a cumulación de sangre y suero retrasando la curación al separar las superficies incididas" (15).

"Las suturas suelen colocarse en el área distal del último diente y en cada espacio interproximal. Se utiliza una aguja de forma circular debido al limitado espacio que hay en la boca, se inserta y se tira de ella en línea con el circular. El borde del tejido blando ha de quedar al mismo nivel que el borde óseo después de la sutura" (15). "Se inserta en el colgajo más móvil, que suele estar en la superficie bu

cal del arco y se pasa a través del espacio interproximal - hasta el colgajo más fijo del tejido palatal" (15).

"Es de gran importancia la aproximación de los bordes del - colgajo y su adosamiento a los tejidos subyacentes, se consigue así la cicatrización por primera intención y se reduce - el tamaño de la herida" (2).

"Si se aproximan los bordes de la herida, el proceso de reparación queda limitado a la hendidura que queda entre ambas - superficies y la cicatrización se verifica por primera intención. Si los bordes de la herida no coinciden, el defecto - de la herida cura por segunda intención desde la base al ex-terior" (15).

"El suturado es fundamental en cualquier técnica de colgajo, y su control, así como el cierre de las heridas, es una destreza continua a todos los procedimientos quirúrgicos y el tiempo que se emplee en adquirirla proporciona dividendos a manera de cicatrización rápida sin contratiempos y resulta--dos y contornos agradables" (18).

"El suturado descuidado da como resultado colgajos desgarrados, heridas abiertas y patrones de cicatrización desagradables.

"Aunque otros patrones están involucrados en la cicatriza--ción de las heridas a nivel clínico no hay duda que el suturado es uno de los factores más importantes. Constituye el factor principal en el control de los colgajos" (18).

"Una de las reglas cardinales del suturado es el colocar ten

sión en los tejidos que se suturan hasta provocar isquemia, casi siempre causará necrosis en el área suturada y pérdida subsecuente de toda la sutura. Desafortunadamente es un acontecimiento común" (18).

"Las suturas intrabucales deben permanecer colocadas un mínimo de 4 días y un máximo de 7. Este tiempo es suficiente para que se inicien la curación y la estabilización, pero no tan largo que se forme una fístula sinuosa en los tejidos más profundos o se acumulen muchos desechos y cabos de sutura" (4).

#### A) Ligadura Interdentaria

"Esta técnica se usa para unir colgajos vestibular y lingual. Cada espacio interdentario se sutura por separado. La aguja se introduce por la superficie vestibular del colgajo a través del espacio interdentario, para penetrar en el colgajo lingual, desde su superficie interna, después se vuelve al mismo espacio interdentario pasando por encima del colgajo lingual y el colgajo vestibular y se ata en el lado vestibular" (7).

"La sutura interrumpida necesita más tiempo que la sutura contínua, pero tiene dos ventajas importantes: se se desata un punto de una sutura interrumpida o si se arranca del tejido, sólo se perderá el soporte en ese punto; si se zafa el punto de una sutura contínua, se perderá el soporte a todo lo largo de la línea de sutura. La sutura interrumpida ejerce tensión sólo en una dirección, mientras la sutura continua ejerce tensión lateral tanto como

tensión sobre los bordes de la incisión, de manera que cualquier movimiento de la línea de sutura causará un movimiento lateral del colgajo y desgarrará la herida, prolongándose así la curación" (4).

Este tipo de sutura "es la más frecuentemente usada, puede ser directa o en ocho, se puede usar en cada papila interdental y en las incisiones laterales" (2).

"La colocación del colgajo antes de la sutura depende de varios factores. Los colgajos se conservan en buena posición mediante puntos separados.

La tensión es importante ya que establece el grado de reposición apical si los puntos quedan demasiado laxos, se produce una exposición excesiva de hueso; si están demasiado apretados el colgajo sufre estiramiento en dirección coronal sobre las superficies dentales. Cuando se necesita una reposición más radical, la diferencia de tensión entre los puntos vestibulares y los palatinos puede lograrse mediante la técnica de sutura continua" (20).

"Las suturas interrumpidas, directas o en ocho, permiten la más precisa ubicación de los colgajos e injertos. Las suturas deslizantes se han popularizado debido a que el tipo continuo puede extenderse hasta cerrar un colgajo para todo un cuadrante del arco dentario, insertando suturas deslizantes separadas en los colgajos mucoperiosticos vestibular y lingual. Sin embargo, este tipo de suturas no permitirán una colocación tan precisa del colgajo como las suturas interrumpidas y ellas a menudo se introducen debajo del colgajo o entre éste y los dientes impidiendo

una óptima cicatrización sobre el tejido dentario. Si una de las ansas de la sutura se afloja, toda la sutura puede estropearse y perderse así la adaptación precisa del colgajo. La única oportunidad en que puede utilizarse una sutura continua deslizante es en casos de colgajo vestibular y gingivectomía palatina. Sin embargo, aquí el ansa palatina de la sutura irrita el margen gingival en el sitio de la gingivectomía y en consecuencia no se recomienda" (16).

"La sutura se hace de la siguiente manera: se comienza por uno de los bordes no movilizadas en la incisión vertical. Después se continúa por el lado opuesto de la otra incisión vertical, el hilo queda sobre el hueso, por debajo del colgajo" (11).

"Pásese la aguja por separado a través de cada uno de los bordes de la herida para evitar el desgarramiento del tejido, toda vez que se puedan pásese la aguja primero por el borde móvil de la herida y después por el borde fijo o insertado" (21).

"Envuélvase el hilo de sutura en torno a la parte activa del portaagujas dos veces, tómese el extremo libre de la sutura con el portaagujas y tírese los dos extremos de la sutura en direcciones opuestas quitando así el hilo de sutura de los extremos del portaagujas, ésta formará el nudo o primera ligadura" (21).

"Asegure el primer nudo, con un segundo que se realiza haciendo una lazada de sutura en torno a los extremos del portaagujas, a continuación sosténgase los extremos li--



bres de la sutura y fraccióneseles en dirección opuesta - como antes. Al usar hilos de sutura sintética o catgut, háganse tres nudos para evitar que se desate. Hay que observarse que el nudo de la sutura se halle siempre a un - lado de la línea de incisión y nunda directamente sobre - ella" (21).

"Déjense extremos moderadamente cortos (de 3 a 6 mm) para evitar problemas con el apósito periodontal (incorporación dentro del apósito o extensión de los extremos de la sutura más allá del apósito), la cual puede actuar como - entrada de contaminación bacteriana y para evitar que el paciente juegue con la lengua con ese hilo de sutura y - desplace así el apósito; por lo contrario, la cantidad - exagerada de los extremos de la sutura puede permitir que el nudo se abra" (21).

Además, en "la sutura interrumpida, la aguja se inserta a 3 mm del borde de la herida correspondiente al colgajo, - después se perfora el otro borde de la herida. El punto se asegura con un nudo quirúrgico de la forma siguiente: se hace tracción del hilo de sutura en forma que su extremo libre sea relativamente corto, y se coloca el portaagu - jas entre los dos extremos el corto y el largo, del hilo - de sutura" (20).

"Para cerrar las incisiones intrabucales son preferibles los puntos separados a la sutura continua, pues los primeros pueden quitarse facilmente sin perturbar toda la lí - nea de sutura" (12).

## B) Ligadura Suspensoria

"Esta técnica puede ser usada para un colgajo en una superficie del diente, que abarque dos espacios interdentarios. Se pasa desde el lado lingual a través de uno de los espacios interdentarios, por debajo del punto de contacto para atravesar el colgajo vestibular desde su parte interna y emerger en el lado vestibular. La aguja vuelve a través del mismo espacio interdentario pasando el hilo sobre el colgajo vestibular y después haciendo una lazada alrededor de la superficie lingual del diente. Después se le pasa a través del otro espacio interdentario y se atravieza el colgajo vestibular desde su parte interna.

"Se hace volver la aguja a través del mismo espacio interdentario y el hilo se pasa sobre la papila vestibular y la aguja emerge en el lado lingual, donde se hace el nudo. La sutura se comienza en el lado vestibular cuando se trata de un colgajo lingual" (7).

## C) Sutura Vertical de Colchonero

"Esta sutura se usa cuando hay un colgajo en la superficie vestibular o lingual y otro procedimiento, tal como una gingivectomía en la otra. Se comienza la sutura en la encía insertada del colgajo y se toma un mordizco con la aguja por debajo de la papila interdientaria. Luego se pasa la aguja a través del espacio interdentario alrededor de la superficie lingual del diente y por el espacio interdentario siguiente para emerger en la superficie vestibular.

"Se forma un mordizco vertical con la aguja en la superficie vestibular del colgajo, por debajo de la papila interdentaria, se hace volver la aguja por el mismo espacio interdentario alrededor de la superficie lingual y por el otro espacio interdentario, hacia la cara vestibular donde se hace el nudo" (7).

#### Sutura Suspensoria Tipo I

"Esta sutura puede usarse cuando hay un colgajo que abarque muchos dientes en una superficie, con otro procedimiento, tal como una gingivectomía en la otra superficie. La sutura adapta estrechamente el colgajo al hueso y la fija en el nivel deseado en relación a la cresta ósea. Cuando se sutura un colgajo de la cara vestibular la aguja se pasa a través de los ángulos de los colgajos, distal al último diente y se ata en el último extremo para mantenerlo ahí. Se hace una lazada con el hilo alrededor de la superficie distal del diente hacia lingual y se pasa la aguja por el espacio interdentario para emerger en la superficie vestibular. Se invierte la dirección de la aguja, se atravieza el colgajo vestibular desde su cara externa y se retorna a través del mismo espacio interdentario. Se enlaza el hilo alrededor de la superficie lingual del diente vecino y se repite el procedimiento anterior hasta que se llegue al último diente del grupo. En este diente se deja suelto el lazo lingual se pasa la aguja a través del espacio interdentario hasta la superficie lingual. Se hace un nudo con el lazo del hilo que se deja suelto en el lado lingual" (7).

### Sutura Suspensoria Continua Tipo II

"Este es otro tipo de sutura que puede ser usado cuando hay un colgajo que abarca muchos dientes en una superficie con otro procedimiento, tal como una gingivectomía en otra superficie. Para un colgajo en el lado vestibular se comienza con la aguja en el lado lingual y se toma la superficie externa del angulo distolingual del colgajo y se pasa la aguja a través del colgajo dejando un extremo largo del hilo en el lado lingual que será usado más tarde para hacer un nudo. Se enlaza el nudo alrededor de las superficies distal y lingual del último diente y se pasa la aguja a través del espacio interdentario hacia el lado vestibular, toma el colgajo desde su parte externa, lo penetra y pasa de vuelta por el mismo espacio interdentario. Este proceso se continúa hasta suturar todo el colgajo. Se introduce la aguja a través del espacio interdentario final hacia la superficie lingual, donde se hace un nudo con el extremo largo de sutura que se dejó al principio" (7).

### Sutura Continua

"Pásese el hilo de sutura a través del borde terminal (distal o libre) del colgajo, hágale un nudo quirúrgico para sujetar este extremo del colgajo, a continuación pásese la sutura alrededor del lado opuesto del diente y tráigase lo nuevamente al lado anterior, por el espacio interproximal. Después, pásese la sutura a través de los tejidos interproximales en el lado inicial y eléveselos al lado opuesto, repítase este paso hasta llegar al tejido interproximal en un diente antes del extremo de la incisión. -

Ahora pásese el hilo a través de la zona interproximal hacia el lado opuesto como antes para formar una ansa antes de pasar la aguja por el último espacio interproximal en el lado inicial, llénese la sutura por interproximal hacia el lado opuesto. Hágase un nudo envolviendo la sutura dos veces en torno a los extremos del portaagujas como para las suturas interrumpidas mientras el lazo forma el extremo libre de la sutura, tómese el lazo por los extremos y hágase un nudo como para las suturas interrumpidas" (21).

La "sutura continúa se usa para suturar colgajos vestibulares de todo un cuadrante, en especial cuando se ha hecho por lingual o palatino" (2).

#### Sutura de Colchonero Simple

"Penétrese en el tejido con la aguja de sutura a unos 6 mm de la incisión, pásese la aguja de sutura a través del tejido en sentido paralelo y sáquesela del mismo lado de la incisión. Luego llévese la sutura por la parte externa cruzando la incisión al lado externo y penétrese en el tejido, manteniendo la aguja y el hilo paralelos a la incisión. Saque la aguja y el hilo del colgajo y llévese la sutura por fuera, cruzando la incisión para hacer el nudo en la adyacencia del primer punto de penetración de la aguja y el hilo" (21).

#### "Sutura de Colchonero Cruzada

"Una vez asegurado el extremo de la incisión con una sutura individual interrumpida, hágase una sutura de colchone

ro cruzada como sigue:

"Perfórese el colgajo separado y pásese la aguja a través del tejido, crúcese la incisión por dentro del tejido, penétrese en el colgajo con la parte interna del tejido y sáquese la aguja por su parte externa. Llévese la aguja y la sutura diagonal a través de la incisión y vuélvase a penetrar en el colgajo. Lévese la aguja y el hilo a través de los tejidos, cruzando la incisión para salir por el colgajo unido. Ahora llévese el extremo en diagonal a través de la incisión final de la sutura hacia el punto inicial de entrada. Atese con un nudo de cirujano en este punto" (21).

"La técnica de sutura más deseable para los procedimientos es el regenerativo tipo de colchonero vertical. Esta técnica permite que todo el material de sutura esté alejado del defecto intraóseo y favorece la presión coronaria sobre la papila sobre el defecto óseo. Esta técnica rinde los mejores resultados cuando los objetivos son la formación de un coágulo de fibrina bajo el colgajo o para mantener el material de injerto con firmeza en su sitio" (6).

"Una sutura de suspensión puede no coaptar los colgajos con la firmeza suficiente. Las suturas interrumpidas pueden actuar como una mecha para contaminar o pueden causar que las papilas coaptadas se arruguen bajo el área de contacto" (6).

Una de las recomendaciones en cualquiera de las técnicas de sutura en que "los puntos de sutura de una herida no -

deben ser apretados de modo excesivo, con ello no se consigue una mayor seguridad contra la deshiscencia, sino un retraso en el proceso curativo porque interfiere la irritación en los bordes de la herida" (14).

#### IV. APOSITOS QUIRURGICOS

El apósito quirúrgico tiene mucha importancia dentro de la cirugía periodontal ya que tiene por objetivo proteger la herida de traumatismos mecánicos y va a favorecer la comodidad del paciente entre otras. Es por eso que en este capítulo se tratará de los objetivos que tiene el colocar un apósito quirúrgico después de una cirugía, para mantener protegida la herida hasta que la cicatrización haya tenido lugar y que éste permita al paciente su higiene bucal normal.

"Cuando la gingivectomía era el método quirúrgico más común para la eliminación de bolsas, los apósitos quirúrgicos eran casi una necesidad. En aquella época, muchos periodontistas realizaron procedimientos vestibulares dejando grandes heridas cruentas.

"Las áreas cruentas y sangrantes expuestas de tejido conjuntivo (y en ocasiones de hueso) casi exigían una cubierta protectora si el cirujano quería que el paciente volviera.

"Durante la década de los setentas, los métodos cambiaron. Hoy predomina la cirugía de colgajo, dejando epitelio maduro encima de las zonas afectadas" (3).

"Los procedimientos quirúrgicos periodontales a menudo dejan una superficie de conjuntiva o hueso descubierto que deben ser protegidos del medio bucal, que puede imitarlos o infectarlos secundariamente, produciendo molestias para el paciente.

"Los apósitos más frecuentemente usados son los cementos qui



rúrgicos que tienen por objeto controlar el dolor y el sangrado, facilitando la cicatrización y evitar el sobrecrecimiento de tejido de granulación" (17).

#### A) Objetivos de los Apósitos

"Las laceraciones grandes y colgajos quirúrgicos requieren colocación adecuada suturando o fijando de alguna u otra manera los tejidos dañados. Las áreas denudadas dentro de la boca son extremadamente dolorosas hasta haberse producido granulación y recubrimiento al curar. Durante este período de curación, corto pero doloroso, el apósito intrabucal puede ser beneficioso. Estos apósitos tienen gran uso en cirugía periodontal, en que el área denudada se cubre no sólo para aliviar el dolor posoperatorio, sino para controlar el contorno gingival adecuado" (12).

"Los apósitos periodontales se emplean para proteger la herida creada por la cirugía periodontal y mantener una íntima adaptación del colgajo al hueso y a los dientes durante el estado inicial de la cicatrización" (16).

"El fin primario de los apósitos es mantener el campo quirúrgico libre de infección. En segundo lugar, los apósitos sostienen la incisión y la protegen del trauma" (16).

"El apósito quirúrgico tiene como misión proteger la herida gingival contra los traumatismos mecánicos; se trata también, dentro de lo posible, de evitar la formación de tejidos de granulación así como de dificultar los acumulos de residuos blandos, ya sea depósitos de sarro o resi

duos de alimentos" (11). "Además de proteger la herida, otra función importante del apósito periodontal es sostener solgajos e injertos en íntimo contacto con el hueso subyacente o con los tejidos blandos" (16).

"El traumatismo del sitio quirúrgico siempre es posible, o sea, que puede provenir de un fragmento afilado de alimento o durante el cepillado de los dientes. El apósito protege a la herida contra estas lesiones o impide que la lengua frote o juegue con las zonas afectadas" (3).

"Favorecer la Comodidad del Paciente:

"Después de la gingivectomía, gingivoplastia, injertos, procedimientos para profundización de vestíbulo y otros procedimientos que dejan tejido conjuntivo sin protección (el hueso deberá estar siempre cubierto por tejidos blandos), un apósito bien colocado mantendría más cómodo al paciente" (3).

"Mantener una zona libre de dentritus:

"Los apósitos corrientes aún cuando están bien adaptados, forman un espacio con el sitio quirúrgico y pueden penetrar en él microorganismos y materiales extraños, sin embargo, los residuos de tamaño mayor no pueden penetrar cuando un apósito cubre esta zona" (3).

"Controlar el sangrado:

La hemorragia deberá cohibirse antes de la colocación del apósito ya que éste no debe ser empleado para este fin. -

Una excepción es el cianoacrilato por sus propiedades hemostáticas sobresalientes como protector de los tejidos en reparación. Un apósito ayuda a mantener el coágulo inicial y evitar el sangrado provocado por el traumatismo" (3).

"No hay apósito alguno con propiedades curativas demostradas; el valor del apósito es indirecto. Ayuda a la cicatrización al proteger el tejido y no por aportar factores cicatrizantes.

"El apósito cumple las siguientes funciones:

1. Controlar la hemorragia posoperatoria;
2. Minimiza la posibilidad de infección;
3. Proporciona cierta ferulización de dientes móviles; y,
4. Facilita la cicatrización al prevenir el tratamiento superficial durante la masticación y la irritación provenientes de la placa y residuos de alimentos" (7).

"Apósitos Periodontales que Tienen un Agente Antibacteriano:

"El control del proceso inflamatorio durante la cicatrización de un procedimiento periodontal es un objetivo que todos consideramos muy importante.

"Los médicos de antaño usaron como medida profiláctica antibióticos por vía general y varios antibióticos y fungi-

cidas han sido incorporados a los apósitos.

"Cualquier uso de un agente antibacteriano tiene que estudiarse tomando en cuenta el peligro de sensibilizar a un paciente, provocar una fuerte reacción alérgica o dañar - la microflora de la cavidad bucal" (4).

"Cualquiera que sea el cemento utilizado, es importante - que la herida esté protegida hasta que la cicatrización - haya tenido lugar y que ésta sea suficiente para permitir al paciente su higiene normal. En general bastan ocho - días de protección; si la zona operada es grande o hay - profundización de vestibulo, acaso sea necesario dejar co - locado el cemento quirúrgico durante dos semanas. De to - das maneras es necesario ver al paciente a los ocho días, sea para revisar o cambiar el cemento o para retirárselo si ya es suficiente.

"Es preciso advertir al paciente que se debe poner inme - diatamente en contacto con nosotros si tiene molestias o si se le ha caído parte del cemento, en este caso es pre - ciso renovarlo por completo" (11).

"En general es difícil mantener cualquier apósito dentro de una boca húmeda durante cualquier período prolongado, sin embargo, puesto que el epitelio bucal se regenera tan rápidamente en una boca lesionada, tan sólo unas pocas ho - ras con un apósito tópico pueden hacer soportar al pacien - te el período más doloroso y también proporcionar protec - ción para que continúe la curación de la herida en la que ya se está forman tejido de granulación" (12).

"Los apósitos tienen aspectos tanto positivos como negativos. Favorecen la presión coronaria sobre el defecto intraóseo, ayudan a evitar el edema posoperatorio y protegen el área contra alojamiento de alimentos. También se han hecho estudios sobre antibióticos colocados en el apósito para reducir la inflamación posoperatoria.

"Existen dos desventajas importantes de los apósitos periodontales: primera, los apósitos no sellan el área de la herida contra la invasión de bacterias; y, segunda, es imposible para el paciente eliminar la placa del área en reparación cuando está cubierta por un apósito" (6).

#### B) Apósitos a Base de Oxido de Cinc y Eugenol

"Cemento Quirúrgico a Base de Eugenol:

"Este cemento tiene como propiedad fundamental el quedar muy duro al poco tiempo de su colocación, en general se mantiene bastante bien en su sitio, pero tiene la tendencia a fracturarse en pedazos más o menos grandes.

"El eugenol que contiene ejerce un efecto sedante" (11).

"Se utiliza ampliamente en las gingivectomías, el eugenol atenua el dolor sobre la dentina y tejido conjuntivo expuesto, también es un antiséptico, propiedad que puede afectar el crecimiento de bacterias.

"El material puede ser preparado por anticipado, se envuelve en un papel aluminio y se coloca en un congelador, con

ello ya no hay que esperar a que termine la cirugía para el mezclado del apósito, aunque muchos cirujanos aprovechan este lapso para ejercer presión sobre el área quirúrgica con una gasa húmeda, mientras el ayudante prepara el apósito. Los pacientes pueden quejarse del sabor persistente del eugenol. El material fragua hasta adquirir una consistencia dura, que puede presentar bordes afilados y molestos" (4).

Para preparar el cemento, "el polvo debe incorporarse lentamente al líquido hasta producir una masa firme. El cemento debe tener suficiente consistencia para que pueda manejarse con facilidad, de otra manera tiende a ser pegajoso, para manejarlo con soltura se mojan los dedos" (8).

"La preparación del cemento quirúrgico para la cura se hace sobre una placa (vidrio, metal o block de papel), tal como para batir un eugenato" (11).

"Muchos apósitos combinan un medicamento con otras sustancias que producen fraguado de tipo cemento. La medicación es generalmente un calmante para aliviar localmente el dolor.

"El cemento comprende combinaciones de óxido de cinc, resinas en polvo y gomas mezcladas con ácido tánico. Los barnices tópicos que forman una película protectora son útiles para aliviar el dolor y retener los coágulos de sangre" (12).

"La mayor parte de los que emplean este apósito, no incluyen algunos de los ingredientes que se agregaban con ante

rioridad; ahora se prescinde de las fibras de asbesto debido a su posible participación en la etiología de la fibrosis pulmonar, mesiotelioma pleural y cáncer pulmonar.

"El ácido tánico suele omitirse en la fórmula ya que se duda que se requiera un agente hemostático en los apósitos periodontales.

"La fórmula modificada de Kirkland consta de óxido de cinc, resina, acetato de cinc, eugenol y algun aceite. Debido a sus cualidades negativas y a la poca aceptación de los pacientes ya no se usa tanto como antes" (4).

#### C) Apósitos a Base de Oxido de Cinc sin Eugenol

"Apósitos de Oxido de Cinc sin Eugenol:

"Estos son embasados como dos pastas que forman una masa pegajosa al mazclarse entre sí; el fraguado es firme, aunque más blando que el de los apósitos con óxido de cinc y eugenol; como no existe eugenol, tampoco hay el sabor desagradable.

"De los apósitos sin eugenol en el mercado, el colpak parece adaptarse mejor al sitio quirúrgico" (4).

"Estos cementos no se quedan tan duros como los que contienen eugenol, bajo cierto punto de vista esto es una ventaja, pues se mantienen plásticos durante todo el tiempo y no se rompen en pedazos. Su superficie lisa hace que su presencia sea menos molesta" (11).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

#### D) Colocación del Cemento Quirúrgico

"Existen varios apósitos periodontales de cemento; cada uno posee ciertas ventajas y desventajas. Debemos afirmar desde un principio que ningún apósito, no obstante sus ingredientes, promueve la cicatrización.

"Como los colgajos ahora son más comunes, el apósito ha sido utilizado como un dispositivo mecánico para el control del colgajo y no como un aparato de protección" -- (18).

"Después de haber limpiado y revisado la herida quirúrgica se procede a la colocación del cemento quirúrgico, tiene importancia que los bloques de cemento vestibular y lingual, formen una pieza uniéndose a través de los espacios interdentarios, que deberán para ello ser llenados por completo. El cemento debe estar en contacto íntimo con la superficie creunata para evitar la formación de tejido granular y no debe extenderse sobre más dientes que los necesarios (de 1 a 2 mm más allá del corte)" (11).

"El procedimiento de mezclado es el siguiente: se coloca sobre la loceta una porción generosa de polvo, formando un pequeño montículo con un cráter. Con la espátula se mezcla lentamente hasta que la masa así formada no acepte más polvo. Se recoge el cemento y se amasa con los dedos incorporando en esta operación más polvo del que quedó en la loceta, hasta obtener una consistencia pastosa y firme que no se adhiera a los dedos" (17).

"Colocación del Cemento en su Sitio: se llenan los espa--



cios interdentarios con pequeñas porciones que se comprimen con la espátula; seguidamente se hacen dos rollos o -mancillas que se colocarían encima tanto por lingual como por vestibular y se comprime todo el conjunto. Estos rollitos deben tener la longitud de la herida y permitir un espesor de unos 2 mm aproximadamente" (11).

"Es importante que el cemento quirúrgico no se introduzca debajo del colgajo.

"Esto se evita colocando pequeñas tiras de telfa u hojas de estaño en las regiones interproximales. También estos materiales pueden colocarse sobre las márgenes labial o -bucal y lingual. Debe cuidarse que haya la suficiente retención para que el cemento permanezca en su lugar" (8).

"Una fuente común de traumatismo mecánico y asociado con la cirugía periodontal es la colocación incorrecta de apósitos quirúrgicos.

"Puede producirse un grave dolor posoperatorio si el apósito ha sido colocado con demasiada presión en los espacios interproximales, ejerciendo así una presión indebida sobre los tejidos blandos subyacentes y contra el hueso" (16).

"A veces se pueden producir reacciones alérgicas a los -apósitos periodontales especialmente con pacientes que -han usado apósitos durante un período de tiempo prolongado debido a múltiples episodios de cirugía o cicatriza- -ción retardada.

"Las reacciones de hipersensibilidad son provocadas por el eugenol de los apósitos a base de óxido de cinc y eugenol. También se ha observado aunque muy raramente, con los apósitos que no contienen eugenol" (16).

"El primer síntoma de reacción de hipersensibilidad a un apósito periodontal es la sensación quemante en la mucosa oral y la superficie de la lengua, cuando se ponen en contacto con el apósito; si el apósito no se retira la reacción avanza desde el extremo a la formación de vesículas y edema. Si el paciente no es tratado puede desarrollarse una reacción alérgica generalizada, incluyendo una dermatitis y el paciente puede presentar un estado grave" (16).

"El apósito deberá cubrir completamente la superficie cortada de la encía, evitará la sobreextensión hacia la mucosa no afectada. El exceso de apósito irrita el pliegue mucovestibular y el piso de la boca y dificulta los movimientos de la boca. La sobreextensión pone en peligro el resto del apósito pues tiende a romperse arrastrando parte del apósito de la zona operada" (7).

"Una vez colocado el apósito, el operador deberá esperar 15 minutos antes de recortarlo. Esto permite que labios, carrillos y lengua modelen el apósito mientras esté blando. El exceso será forzado hacia zonas donde no se precisa y de donde es fácil eliminarlo" (7).

"Al terminar de colocar el cemento, deberá pedírsele al paciente que no beba líquidos calientes por 3 horas después a la cirugía, cuando ya ha ocurrido el fraguado total del cemento" (18).

"La zona que se ha operado se ha recubierto con un apósito en forma de cemento quirúrgico, cuya consistencia va - siendo más dura una vez colocada, pero que debe mantenerse en su sitio hasta la nueva visita señalada.

"Este cemento debe proteger la herida y asegurar una cicatrización buena y rápida; pudiera haber desprendimiento - de trocitos pequeños, sin que tenga gran importancia" -- (11).

"En términos generales, entre más pequeño y delgado sea - el apósito, más cómodo será y podrá realizarse un aislamiento y conformación muscular por lo menos el aspecto bucal manipulando el labio y los carrillos.

"La lengua ayuda en el aspecto lingual, especialmente para evitar la sobreextensión, en diapósito sobreextendido - provoca dolor en los tejidos que toca.

"El apósito de cemento habitual puede dejarse en su sitio durante 5 a 7 días, frecuentemente no requiere ser reemplazado ya que la cicatrización progresa más rápidamente después del período inicial de protección" (18).

"No existen datos definitivos sobre la superioridad de un apósito sobre otro, salvo la comodidad del paciente y facilidad de eliminación y características similares" (18).

## CONCLUSIONES

En el Capítulo I, se habló de los materiales actuales de sutura como son los absorbibles y no absorbibles, de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.

Este capítulo es de gran importancia puesto que en él se tratan los puntos más importantes de los materiales de sutura, - como son su resistencia, la tensión, que el material se pueda manejar con comodidad, que cualquier reacción tisular que causen debe ser mínima, que tenga alta resistencia al romperse - en materiales de calibre pequeño y que tenga seguridad y firmeza del nudo para no deslizarse ni causar lesiones a los tejidos.

En el Capítulo II se habló de la seda, que es la sutura no absorbible que mejor ha resistido la prueba del tiempo y sigue siendo el material de mayor uso en periodoncia, no obstante - de los avances de los sintéticos.

La seda trenzada es material de sutura standar, su manipula-  
ción es la que mejor puede ligarse y permanece atada con seguridad utilizando un nudo de cirujano. Este material posee - una gran resistencia a la tensión, además, siendo negras las puntadas, son más fáciles de ver cuando el paciente regresa - para su retiro.

Una vez que el cirujano dentista ha elegido el material de sutura a utilizar en una cirugía, deberá escoger la técnica de sutura apropiada a cada intervención puesto que esto es más - importante que el material de sutura ya que el manejo de los tejidos influye profundamente en la reacción de la herida y -

la cicatrización, es por eso que en el Capítulo III se describieron las técnicas de sutura más utilizadas en la cirugía pe  
riodontal.

El suturado es fundamental en cualquier técnica de colgajo y su control, así como el cierre de las heridas, es una destreza común a todos los procedimientos quirúrgicos y el tiempo que se emplee en adquirirla proporciona dividendos a menra de cicatrización rápida sin contratiempos y resultados y contornos agradables.

El apósito quirúrgico tiene mucha importancia dentro de la ci  
rugía periodontal, ya que tiene por objeto proteger la herida contra traumatismos y va a favorecer la comodidad del paciente.

En el Capítulo IV se habló del apósito quirúrgico a base de óxido de cinc y eugenol. Este cemento tiene como propiedad fundamental el quedar muy duro al poco tiempo de colocarse, se mantiene bien en su sitio; además, el eugenol que contiene ejerce un efecto sedante.

Los cementos de óxido de cinc sin eugenol no se quedan tan du  
ros como los que contienen eugenol, bajo cierto punto de vista esto es una ventaja, pues se mantienen plásticos durante todo el tiempo y no se rompen en pedazos. Su superficie lisa hace que su presencia sea menos molesta.

## CASUISTICA

### Caso Clínico No. 1

Nombre: JOSE DE JESUS GONZALEZ REYNA

Edad: 57 años

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Origen: Magdalena, Jalisco

Ocupación: Comerciante

Domicilio: Arroz No. 27, La Nogalera

Fecha de Ingreso: Septiembre 22 de 1983

Motivo de la consulta: Inflamación generalizada en encía y dolor.

Higiene general: Deficiente.

Antecedentes familiares: Padre, falleció hace 13 años de cirrosis hepática; Madre, enferma de artritis; Hermanos y Hermanas, SDP.

Antecedentes personales: Enfermedades propias de la niñez y tabaquismo.

Historia Dental: Se presenta con inflamación generalizada en encía. Relata el paciente que en ocasiones padeció dolor en ciertas zonas, refiere que las molestias comenzaron hace un año y medio, aproximadamente. Al examen clínico se encontró que la encía sangra fácilmente, está roja, lisa y brillante; presenta movilidad dental, retracción gingival. Al sondeo se encontraron bolsas hasta de 9 mm en la zona superior izquier-

da, presenta dolor a la percusión horizaontal. Radiográfica-mente se observa pérdida de soporte óseo vertical, más acen- tuada en la zona superior izquierda.

Diagnóstico: Perdiodontitis Crónica Compleja.

Tratamiento: Se realizó profilaxis en las dos arcadas, se ins- truyó al paciente en la técnica de cepillado correcto. En los cuadrantes superiores e inferiores se realizaron curetajes. - En la zona superior izquierda se efectuó cirugía periodontal. Preparado el paciente y anestesiado, se procedió a hacer la - incisión y el levantamiento del colgajo, se hizo el raspaje y curetaje, quitando tejido granulomatoso y cemento necrótico, se alisó la superficie y se colocó el colgajo en su posición inicial, se procedió a suturar con hilo de seda 000 y técnica de sutura interrumpida. Se colocó apósito quirúrgico en la zo- na.

Evolución: Se retiraron las suturas a los cinco días. Se colo- có nuevo apósito quirúrgico, el cual permaneció hasta el déci- mo día de efectuada la cirugía. La cicatrización se realizó - normalmente.

Caso Clínico No. 2

Nombre: MARGARITA CANALES ACEVES

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Divorciada

Origen: Guadalajara, Jalisco

Ocupación: Secretaria

Domicilio: Pitaya No. 1802, Las Torres

Fecha de Ingreso: Diciembre 7 de 1983

Motivo de la consulta: dolor y movilidad en la zona anterosuperior.

Higiene general: Buena.

Antecedentes familiares: Madre, diabética; demás familiares, SDP.

Antecedentes personales: Padece de los bronquios.

Historia dental: Presenta caries en algunas piezas, refiere dolor en la zona anterioposterior, que comenzó hace 6 meses aproximadamente. Al examen clínico presenta bolsas de 9 mm; edema circunscrito rojo, localizado en la región anterosuperior; movilidad de segundo grado; dolor a la percusión horizontal. Radiográficamente: se observa destrucción ósea a nivel de incisivos en las paredes, el espacio del ligamento periodontal está más ensanchado.

Diagnóstico: Abseco parodontal crónico.



Tratamiento: Se hizo profilaxis en toda la cavidad oral y se hizo control de placa bacteriana, se procedió a realizar la cirugía periodontal. Después de preparada y anestesiada la paciente, se hizo la incisión, se realizó el raspaje y curetaje perfectamente, se alisaron las paredes y se colocó el colgajo en su posición, se suturó con hilo de seda 000, con sutura interrumpida y se colocó el apósito quirúrgico.

Evolución: Se retiraron las suturas y el apósito quirúrgico a los siete días y se vió que había buena cicatrización.

Caso Clínico No. 3

Nombre: GABRIEL JIMENEZ ESCOBAR

Edad: 49 años

Sexo: Masculino

Origen: Guadalajara, Jalisco

Ocupación: Comerciante

Domicilio: Dionisio Rodríguez No. 529

Fecha de Ingreso: Enero 24 de 1984

Motivo de la consulta: Movilidad y dolor en un molar.

Higiene bucal: Regular.

Antecedentes familiares: Padre, hipertenso; demás familiares, SDP.

Antecedentes personales: Padece de alta presión.

Historia dental: Presenta caries en algunas piezas dentarias, inflamación generalizada en las encías. Al examen clínico se encontró que la encía sangra fácilmente, se observa una coloración rojo intenso, a la palpación es blanda, hay presencia de bolsas verdaderas hasta de 11mm en la zona molar inferior izquierda, presenta movilidad dentaria del tercer grado. Radiográficamente, el espacio del ligamento periodontal está más ensanchado, hay pérdida de la continuidad de la lámina dura en la zona molar inferior izquierda, se observa una zona radiolúcida en la furcación de las raíces.

Diagnóstico: Periodontitis Crónica Compleja.

Tratamiento: Se procedió a hacer profilaxis en ambas arcadas, se le instruyó al paciente dándole técnica de cepillado y uso del hilo de seda dental. Una vez que se hizo el control de placa, se hicieron extracción de los 1° y 2° molares inferiores izquierdos. Se realizó curetaje en los demás cuadrantes y en la zona inferior derecha se realizó cirugía periodontal. - Una vez anestesiado y preparado el paciente, se procedió a hacer la incisión y levantamiento de colgajos, se hizo raspaje y curetaje, quitando tejido granulomatoso, se alisó la superficie y se colocó el colgajo en su posición original. Se procedió a suturar con seda 000 y técnica de sutura interrumpida y se colocó el cemento quirúrgico.

Evolución: A los siete días se retiraron las suturas, el apósito quirúrgico permaneció una semana más, El paciente no presentó complicación alguna.

Caso Clínico No. 4

Nombre: CECILIA HERNANDEZ ALEXANDRE

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Origen: Tetlán, Jalisco

Ocupación: Estudiante

Domicilio: Presa del Laurel No. 17

Fecha de Ingreso: Mayo 24 de 1983

Motivo de la consulta: crecimiento de la encía.

Higiene oral: Regular.

Antecedentes familiares: Madre, enferma de los nervios.

Antecedentes personales: Epiléptica al nacer; está bajo tratamiento médico con dilantin.

Historia dental: Presenta las coronas clínicas de los órganos dentarios cubiertas por encía agrandada, la cual se presenta firme de color rosa, la lesión es labulada y presenta bolsas falsas.

Diagnóstico: Agrandamiento gingival.

Tratamiento: Se realizó profilaxis en toda la cavidad oral, - se hizo control de placa enseñando al paciente a cepillarse - correctamente. La cirugía se realizó por cuadrantes, debido a que presentava un agrandamiento generalizado. Se comenzó por el cuadrante inferior derecho. Después de preparar y aneste--

siar al paciente, se marcaron las bolsas, se hizo la incisión intentando un festoneado, se realizó una gingivectomía en combinación con una gingivoplastía, se lavó la zona y se colocó el apósito quirúrgico.

Evolución: El paciente se presentó a los tres días con el apósito fracturado, se le colocó nuevamente y a la semana de la realización de la cirugía se le retiró; presentó buena cicatrización.

Caso Clínico No. 5

Nombre: MARIA DEL CARMEN ROMERO S.

Edad: 50 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Origen: Guadalajara, Jalisco

Ocupación: Hogar

Domicilio: Lerdo de Tejada No. 1899

Fecha de Ingreso: Noviembre de 1982

Motivo de la consulta: Inflamación generalizada de la encía.

Higiene Oral: Regular.

Antecedentes familiares: Padre, úlcera; Hermana, hipertensa.

Antecedentes personales: Enfermedades propuas de la niñez y - padecimiento de la vesícula biliar.

Historia dental: Presenta una inflamación generalizada en las encías. La paciente refiere que sus molestias comenzaron hace dos años, aproximadamente. Al examen clínico se encontró que la encía está roja, lisa y brillante. A la palpación es blanda, sangra facilmente. Al sondeo se vió que hay bolsas verdaderas de más de 8 mm. En la zona inferior izquierda presenta movilidad acentuada, hay dolor a la percusión horizontal. Radiográficamente hay pérdida de la continuidad de la lámina dura, el espacio del ligamento periodontal está más ensanchado, hay una disminución de la densidad del trabeculado.

Diagnóstico: Periodontitis Crónica Compuesta.

Tratamiento: Se realizó la profilaxis en las dos arcadas, se realizó control de placa enseñando al paciente a cepillarse y a utilizar el hilo de seda. Se realizó curetaje en los cuadrantes superiores e inferiores. En la zona inferior izquierda se hizo cirugía periodontal. Una vez preparado y anestesiado el paciente se procedió a hacer la incisión y el levantamiento de colgajo, se hizo el raspaje y curetaje, se quitó el tejido granulomatoso, se alisó la superficie, se lavó y se procedió a suturar con hilo de seda 000 y técnica de sutura interrumpida, se colocó el apósito quirúrgico.

Evolución: A los siete días se retiraron las suturas, se volvió a colocar el apósito quirúrgico, el cual permaneció una semana más. Presentó buena cicatrización.

## BIBLIOGRAFIA

1. Artz Curtis P., James D. Hardy  
COMPLICACIONES EN CIRUGIA Y SU TRATAMIENTO  
Primera Edición, Ed. Interamericana  
México, 1965  
pp. 34-35
2. Carranza Fermín Alberto  
COMPENDIO DE PERIODONCIA  
Segunda Edición, Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina, 1973  
pp. 189-191
3. Clínicas Odontológicas de Norteamérica  
PARODONCIA, UNA DECADA EN REVISION  
Volumen IV, Ed. Interamericana  
México, 1980  
pp. 758-760
4. Costch-Withe  
CIRUGIA BUCAL  
Primera Edición, Ed. Interamericana  
México, 1974  
pp. 25
5. Chistopher Davis  
TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA  
Tomo I, Décima Edición, Ed. Interamericana  
México, 1974  
pp. 272



6. Dragon Mike R.  
REGENERACION DE LA INSERCIÓN PERIODONTAL EN HUMANOS  
Primera Edición, Compañía Continental
  
7. Glickman Irving  
PERIODONTOLOGIA CLINICA  
Cuarta Edición, Ed. Interamericana  
México, 1974  
pp. 727-731
  
8. Goldman-Schuler-Fox-Cohen  
TERAPEUTICA PERIODONTAL  
Segunda Edición, Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina, 1981  
pp. 389-390
  
9. Grabb William C., Smith James W.  
CIRUGIA PLASTICA  
Primera Edición, Ed. Salvat  
Barcelona, España, 1970
  
10. Irby Williams P.  
ACTUALIZACIONES EN CIRUGIA BUCAL  
Primera Edición, Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina, 1981  
pp. 389,390.
  
11. Kardel Kaud M.  
CIRUGIA PERIODONTAL  
Primera Edición, Talleres Maribel  
España, 1971  
pp. 114-118

12. Kruger Gustavo  
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL  
Cuarta Edición, Ed. Interamericana  
México, 1982  
pp. 50
13. Orban-Grant-Stern-Everett  
PERIODONCIA DE ORBAN. TEORIA Y PRACTICA  
Cuarta Edición, Ed. Interamericana  
México, 1975  
pp. 578
14. Pera Cristobal  
FUNDAMENTOS BIOLOGICOS DE LA CIRUGIA  
Primera Edición, Ed. Salvat, S. A.  
Barcelona, Espana, 1971
15. Pichard John F.  
ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA. TRATAMIENTO QUIRURGICO Y  
PROTESICO  
Tercera Edición, Ed. Labor,  
Barcelona, España, 1977  
pp. 357-361
16. Ramfjord Sigurd P. Mayor M. Ash.  
PERIODONTOLOGIA Y PERIODONCIA  
Primera Edición, Ed. Médica Panamericana  
Buenos Aires, Argentina. 1982  
pp. 442

17. Rodríguez Figueroa Carlos  
PERIODONCIA  
Tercera Edición, Ed. Interamericana  
México, 1982  
pp. 284-286
18. Schuluger Saul, Roy C. Page y Ralph A. Juodelis  
ENFERMEDAD PERIODONTAL. FENOMENOS BASICOS, MANEJO CLINICO  
Orinera Edición, Ed. Continental  
México, 1981  
pp. 365, 504-506
19. Spadafora Adrian  
LAS MANIOBRAS QUIRURGICAS. TECNICA OPERATORIA  
Tercera Edición, Ed. Intermedica  
Buenos Aires, Argentina, 1979
20. Strahan Cermot-Waite Ian M.  
LIBRO DE ATLAS A COLOR DE PERIODONTOLOGIA  
Primera Edición, Ed. Medica  
España, 1979
21. Ward Haward L.  
MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA  
Primera Edición, Ed. Mundi  
Buenos Aires, Argentina, 1975  
pp. 94-95